

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM do Ambulatório
Médico Municipal – PSF 04, Tupanciretã/RS.**

Oday Jesús Oller Ona.

Pelotas, 2016

Oday Jesús Oller Ona.

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM do Ambulatório Médico Municipal – PSF 04, Tupanciretã/RS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família. MaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Guilherme Barbosa Shimocomaqui.

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catálogo na Publicação

O58m Oña, Oday Jesús Oller

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM do Ambulatório Médico Municipal – Psf 04, Tupanciretã/RS / Oday Jesús Oller Oña; Guilherme Barbosa Shimocomaqui, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

83 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Shimocomaqui, Guilherme Barbosa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho a minha mãe já falecida por seu apoio em minha formação profissional, ao meu pai por ficar sempre a meu lado e me apoiar para assim poder continuar trabalhando neste grande país, e a minha esposa por seu apoio incondicional na realização deste trabalho.

Agradecimentos

Agradeço à equipe de saúde na ESF 4, por sua ajuda no desenvolvimento do trabalho, aos líderes da comunidade, aos gestores. Em especial, a minha orientadora do curso, Marcela Soares de Lima, pelo apoio incondicional oferecido desde o início do trabalho e ao meu orientador Guilherme Barbosa por saber me oferecer apoio e conhecimentos na realização do trabalho.

Resumo

ONA, Oday Jesús Oller. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM do Ambulatório Médico Municipal – PSF 04, Tupanciretã/RS. 82f.** 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

O presente trabalho de conclusão de curso caracteriza-se como a apresentação de uma intervenção típica em Atenção Primária à Saúde do Ambulatório Médico Municipal – PSF 04, Tupanciretã/RS. A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo uns dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas. A intervenção emerge no momento em que o serviço da ESF tem poucos registros de monitoramento e nem toda a população-alvo tem fichas espelho, prontuários ou cadastramento na UBS, e o seguimento é irregular com a equipe de saúde, surgindo à necessidade de aumentar a cobertura e qualidade da atenção a este grupo da população. A intervenção se desenvolveu em doze semanas, entre os meses de outubro de 2015 a janeiro do ano 2016, e teve como objetivo melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) de nossa ESF, sob orientações das proposições do Ministério da Saúde, apoiados nos protocolos atualizados sobre HAS e DM, e por meio do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. Foi elaborado um cronograma com as atividades a serem realizadas em cada semana da intervenção e os envolvidos (médico da comunidade, técnicas de enfermagem, enfermeiro, odontologista e os gestores municipais). As ações contemplavam atendimentos clínicos, visitas domiciliares, educação em saúde da população, capacitação dos profissionais da equipe e articulação com a gestão municipal para atender as demandas da unidade. A meta pactuada foi alcançar 40% dos usuários cadastrados com HAS e DM, respectivamente. Ao final da intervenção foram avaliados e cadastrados 441 (29,0%) usuários com HAS (114 no mês 1; 156 no mês 2; e 171 no mês 3) e 175 (46,7%) usuários com DM (39 no mês 1; 59 no mês 2; e 77 no mês 3) para um total de 491 usuários. Das ações previstas no projeto, foi possível a realização de todas elas, além das dificuldades na ESF com o déficit de pessoal de enfermagem e a carência de agentes comunitários. Apesar disso, a equipe se esforçou no trabalho para tentar alcançar as metas pactuadas. Com a intervenção, percebemos uma melhora significativa, tanto no nível de conhecimento, como na adoção de estilos de vida saudáveis, cumprimento regular e estável dos tratamentos prescritos, com consequente melhoria da qualidade de vida e uma ótima preparação para evitar os riscos e as complicações destas doenças. Houve melhora da organização do serviço, dos agendamentos e as consultas programadas, e do acolhimento aos usuários. A equipe ficou mais unida e tornou-se mais comprometida e entrosada com os usuários e a comunidade.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica, hipertensão arterial, diabetes mellitus.

Lista de Figuras

| | | |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 | Pirâmide Etária do Município de Tupanciretã - RS. | 11 |
| Figura 2 | Fotografia da vista aérea do Município de Tupanciretã - RS. | 12 |
| Figura 3 | Fotografia da fachada do Hospital de Caridade Brasileira Terra, em Tupanciretã/RS. | 13 |
| Figura 4 | Quadro da população atendida na ESF por faixa etária. | 16 |
| Figura 5 | Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. | 59 |
| Figura 6 | Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. | 59 |
| Figura 7 | Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. | 62 |
| Figura 8 | Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. | 62 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

| | |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde. |
| APS | Atenção Primária à Saúde. |
| DCNT | Doença Crônica NãoTransmissível. |
| DM | Diabetes Mellitus. |
| EAD | Educação à Distância. |
| ESF | Estratégia da Saúde da Família. |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal. |
| HAS | Hipertensão Arterial. |
| HIPERDIA | Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes. Mellitus da Atenção Básica. |
| MS | Ministério da Saúde. |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família. |
| SUS | Sistema Único de Saúde. |
| SIAB | Sistema de Informação de Atenção Básica. |
| UBS | Unidade Básica de Saúde. |
| UFPeI | Universidade Federal de Pelotas. |
| UNASUS | Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. |

Sumário

| | |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Apresentação | 8 |
| 1 | Análise Situacional 10 |
| 1.1 | Texto inicial sobre a situação da ESF/APS 10 |
| 1.2 | Relatório da Análise Situacional 13 |
| 1.3 | Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional 20 |
| 2 | Análise Estratégica 22 |
| 2.1 | Justificativa 22 |
| 2.2 | Objetivos e metas 24 |
| 2.2.1 | Objetivo geral. 24 |
| 2.2.2 | Objetivos específicos e metas 24 |
| 2.3 | Metodologia 26 |
| 2.3.1 | Detalhamento das ações 26 |
| 2.3.2 | Indicadores 40 |
| 2.3.3 | Logística 47 |
| 2.3.4 | Cronograma 50 |
| 3 | Relatório da Intervenção 52 |
| 3.1 | Ações previstas e desenvolvidas 52 |
| 3.2 | Ações previstas e não desenvolvidas 53 |
| 3.3 | Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados 53 |
| 3.4 | Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços 53 |
| 4 | Avaliação da intervenção 55 |
| 4.1 | Resultados 55 |
| 4.2 | Discussão 63 |
| 5 | Relatório da intervenção para gestores 67 |
| 6 | Relatório da Intervenção para a comunidade 70 |
| 7 | Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem 73 |
| Referências | 75 |
| Anexos | 76 |

Apresentação

O presente volume trata-se do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família - Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNASUS, apresenta o relato da realização de uma intervenção voltada a melhorar a atenção à saúde de usuários Hipertensos e Diabéticos da ESF 4 de Tupanciretã/RS.

O texto está organizado em capítulos, considerando a sequência de trabalho proposta pelo Curso em suas Unidades de Aprendizagem, conforme descrevo a seguir: No capítulo 1 apresentamos a Análise Situacional, na qual descrevemos a situação da UBS em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS, e a estruturação de nosso processo de trabalho.

No capítulo 2 apresentamos a Análise Estratégica, na qual fizemos a escolha do foco da intervenção ou ação programática para intervir, justificamos a escolha, explicamos a metodologia e detalhamento das ações, definimos os objetivos, metas e indicadores da intervenção, a logística ou detalhamento de como íamos realizar a intervenção na prática, no cotidiano do serviço, e descrevemos como será organizado o tempo de 12 semanas para a realização da intervenção.

No capítulo 3 descrevemos sobre o relatório da intervenção, considerando as ações previstas e desenvolvidas ao longo da intervenção que conseguimos realizar, assim como as ações previstas e não desenvolvidas, ou desenvolvidas parcialmente, e o que influenciou no desenvolvimento ou não das mesmas, além disso, escrevemos sobre a coleta e sistematização de dados, assim como sobre a incorporação das ações à rotina da Estratégia de Saúde da Família/ESF.

No capítulo 4 apresentamos a Avaliação da Intervenção, os resultados e discussões destes resultados.

No capítulo 5 escrevemos um relatório para os gestores a fim de expor os resultados alcançados na comunidade com a intervenção, a importância de continuar o trabalho, os problemas enfrentados e demandar sua ajuda.

No capítulo 6 elaboramos o relatório destinado à comunidade sobre a intervenção, explicando o que foi feito durante a intervenção, apresentando os resultados e o que a comunidade ganhou com a intervenção, a incorporação das ações à rotina do serviço e como podem apoiar ao serviço.

Encerramos o trabalho no capítulo 7 fazendo uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem que ocorreu com a realização da intervenção e do curso de especialização em saúde da família.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Tupanciretã, “Terra da Mãe de Deus”, como os índios a chamavam antigamente, é um município do interior do estado do Rio Grande Sul que possui uma população de 22.281 pessoas, segundo censo de 2010, e tem predomínio do sexo feminino. Está a uma distância de 389 km da capital do estado, Porto Alegre. Os municípios limítrofes são: Cruz Alta, Santiago, Julho de Castilho, Joia, Jari, Quevedo, São Miguel das Missões e Capão do Cipó. Também é considerada como a capital da soja, devido a sua grande produção, a qual é considerada como a maior do estado do Rio Grande do Sul. A Figura 1 representa a pirâmide etária do município de Tupanciretã (IBGE, 2010).

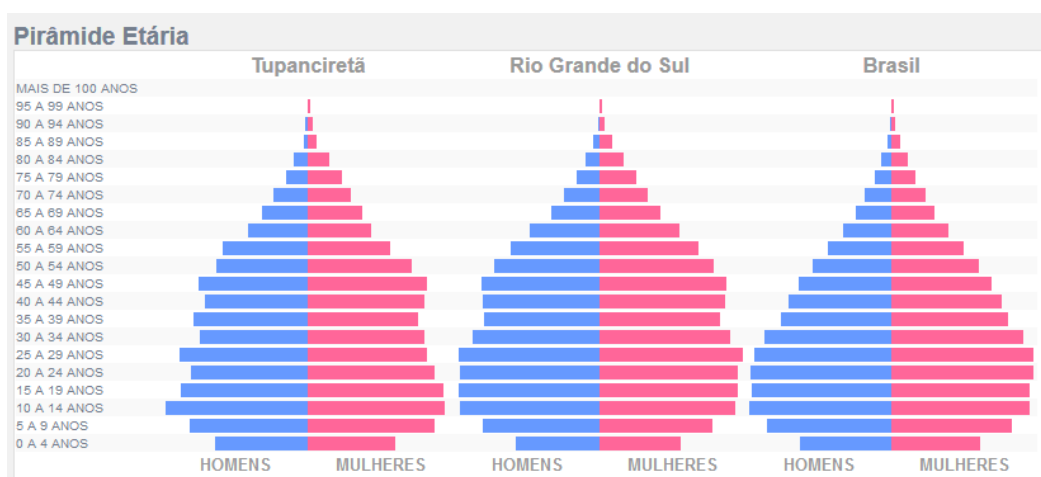


Figura 1: Pirâmide Etária do Município de Tupanciretã-RS.

Fonte: IBGE. Censo Demográfico, 2010.



Figura 2: Fotografia da vista aérea do município de Tupanciretã - RS.

Fonte: brasil.wikimapas.net

O município de Tupanciretã pertence à 12ª Região de Saúde e à 9ª Coordenadoria Regional de Saúde. De acordo com dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), neste ano de 2015, o Sistema de Saúde Municipal conta com cinco UBS em funcionamento e duas em construção, o que representaria 94,79% da população coberta pela Atenção Básica, não possuímos ACS atuando em todo o município. Existem três equipes de Saúde da Família e três equipes de Saúde Bucal, as quais garantem uma cobertura de 44,29% e 44%, respectivamente, de população coberta. Também contamos com um CAPS (Centro de Apoio Psicossocial). O município não possui Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) nem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O município garante o acesso à população a serviços de qualidade, com equidade, em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e de atenção especializada.

O serviço de Urgência e Emergência municipal é garantido pelo Hospital de Caridade Brasileira Terra, que funciona durante 24 horas, todos os dias da semana, além de contarmos com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de

suporte básico, operante 24 horas por dia, por meio do número 192, para atendimento extra- hospitalar.



Figura 3: Fotografia da fachada do Hospital de Caridade Brazilina Terra, em Tupanciretã/RS.

Fonte: arquivo próprio.

Para internamentos e alguns procedimentos, a nossa referência é o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) no município de Cruz Alta, no qual há especialidades de traumatologia, oncologia (50 consultas/mês), nefrologia (22 consultas/mês), urologia (12 consultas/mês), neurologia, bucomaxilofacial. Algumas especialidades são disponibilizadas pelo Hospital de Caridade de Ijuí (HCI) como: cirurgia vascular e cardiologia de alta complexidade. Já no município de Passo Fundo temos cardiologia e traumatologia infantil. A regulação é feita pela 9ª Coordenadoria Regional de Saúde e é autorizada pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG), no entanto, o número ofertado é sempre abaixo da demanda existente em nosso município.

Em nosso município existe um Laboratório de Análises Clínicas (HEMOLAB) que é conveniado ao SUS e oferece alguns exames laboratoriais mais simples, com uma média de 720 exames/mês. Os exames que este laboratório não oferta pelo SUS são realizados por convênio ou o usuário é encaminhado ao município de Cruz Alta, onde há uma cota disponível para nosso município. Já os procedimentos de Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopia e Biopsias

também são realizados em outros municípios, pelo SUS, conforme convênios feitos pela Prefeitura e Secretaria de Saúde pelo SUS.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Trabalho no Ambulatório Médico Municipal PSF, localizado na Rua Serafim Bravo, nº2, Bairro Vila Juliana, na zona urbana do município. Esta unidade de saúde possui Estratégia Saúde da Família (ESF), está vinculada ao SUS mediante a Secretaria de Saúde e preza pela garantia dos princípios do SUS como equidade, integralidade e resolutividade, fortalecendo a cada dia a Atenção Primária à Saúde (APS) como via fundamental para que os usuários possam ter acesso ao SUS. Possui 1 (uma) equipe que é composta por: dois médicos, enfermeiro, três técnicos de enfermagem, dois odontólogos, auxiliar de saúde bucal, uma recepcionista e um auxiliar de serviços gerais. Até agora não contamos com Agentes Comunitários de Saúde.

Em relação à estrutura física contamos com sala de espera para acolhimento dos usuários, com capacidade para 15 pessoas; consultório médico; consultório para atendimento ginecológico, onde são feitos os preventivos, mas que também é utilizado como consultório médico; consultório odontológico; sala de procedimentos onde são realizados curativos, nebulização, suturas, administração de medicamentos, dentre outros; dois banheiros, um para usuários e outro para a equipe; cozinha; local para depósito do lixo na área externa da unidade e local para armazenamento de produtos de limpeza. Não possuímos sala de vacina, de modo que os usuários precisarem se deslocar para outra unidade de saúde, o que dificulta o controle da vacinação das crianças, gestantes e idosos. Ainda, não temos sala para reuniões e atividades de educação em saúde e para estas atividades utilizamos a sala de espera ou o consultório médico.

Todos os nossos ambientes estão sinalizados por meio de textos e tivemos a iniciativa de colocar figuras, pois nem todos os usuários sabem ler ou escrever, de modo que, assim, eles poderiam se orientar melhor. Nossa UBS é adequada para o acesso de pessoas com deficiências, mas a rampa ainda não possui corrimãos para que as pessoas com mobilidade reduzida possam acessar.

Temos disponíveis e em quantidade suficiente materiais de consumo e insumos para a realização de curativos, suturas, retirada de pontos, administração de medicamentos injetáveis. Também possuímos blocos de receituários comum e

controlados, ficha de cadastramento domiciliar, guia de referência e contra referência, requisição para exames complementários. Infelizmente, não temos nenhum material para atividades educativas; possuímos poucos materiais para estudo e protocolos de atuação.

Em relação aos equipamentos, temos três computadores de mesa com acesso à internet e uma impressora, mas não possuímos sistema de prontuário eletrônico, o que contribuiria para o agendamento de consultas e exames dos usuários, encaminhamentos para outros serviços, impressão da prescrição de medicamentos, registro e avaliação das ações e outras atividades do serviço. Também não temos caixa de som, gravadores, câmeras filmadoras e nem máquina fotográfica. Da parte de odontologia, não temos amalgamador, nem aparelho fotopolimerizador e nem resinas foto polimerizáveis. Não possuímos disponibilidade de transporte para realização de visitas e outras atividades na área.

Enfim, a equipe está trabalhando na identificação das principais limitações que afetam o atendimento de qualidade, por isso temos a tarefa de criar estratégias positivas de acordo com nossa governabilidade, mas, também procurar o apoio da gestão para a resolução dos problemas detectados. Nossa prioridade é oferecer um atendimento humanizado, com responsabilidade, organizado e planejado no qual a população possa ser atendida com qualidade. A deficiência de maior relevância e a qual veem como prioridade para resolução é a falta de ACS e contamos com o apoio da gestão para que isto seja logo resolvido.

Infelizmente, temos muitas dificuldades com o trabalho em equipe, não no diz respeito ao relacionamento interpessoal da equipe, mas relacionadas às limitações provocadas pela deficiência no número de profissionais, assim, as atividades de promoção à saúde acabam sendo prejudicadas pela grande quantidade de atendimentos de urgência e emergência. Como a equipe não possui ACS, os médicos e o enfermeiro são responsáveis pelo processo de mapeamento e territorialização da área e pela identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos aos riscos. A realização de atividades de grupos e de visitas domiciliares também é prejudicada pela deficiência de profissionais na equipe, assim, priorizamos o acompanhamento domiciliar de usuários acamados ou com dificuldade de locomoção. Como não temos 100% da população cadastrada na UBS, principalmente por falta de ACS e pouco envolvimento dos demais profissionais da equipe, para tentar resolver esta situação, nos próximos meses, irá reforçar nossas

visitas domiciliares para poder caracterizar clínica e epidemiologicamente todos os usuários da área e, assim, poder oferecer um serviço planejado de acordo com as necessidades de nossa comunidade. A UBS é responsável por uma população de, aproximadamente, 10.000 pessoas, mas esta foi uma estimativa fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, portanto, não conhecemos, ao certo, o total de pessoas de nossa área de abrangência, mas sabemos que este número está acima dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Atualmente, só existe um cadastramento de 40% da população de nossa área de abrangência, ou seja, temos identificados 4000 habitantes, dentre eles 1800 homens e 2200 mulheres, distribuídos da seguinte maneira segundo a faixa etária:

| Sexo/faixa etária | Masculino | Feminino | Total |
|-------------------|-----------|----------|-------|
| < 1 ano | 41 | 27 | 68 |
| 1 – 4 | 35 | 61 | 96 |
| 5 – 9 | 109 | 92 | 201 |
| 10 – 14 | 212 | 180 | 392 |
| 15-19 | 234 | 171 | 405 |
| 20-24 | 150 | 122 | 272 |
| 25-29 | 202 | 157 | 359 |
| 30-34 | 127 | 105 | 232 |
| 35-39 | 175 | 152 | 327 |
| 40-44 | 154 | 127 | 285 |
| 45-49 | 168 | 138 | 306 |
| 50-54 | 144 | 126 | 270 |
| 55-59 | 136 | 109 | 245 |
| >60 | 313 | 233 | 546 |
| Total | 2200 | 1800 | 4000 |

Quadro 1: População e faixa etária atendida pela UBS.

Fonte: Fichas de cadastro dos usuários, 2015.

O processo de acolhimento à demanda espontânea é feito pela recepcionista, com apoio da equipe de enfermagem e neste momento o usuário é

ouvido recebe a resposta mais adequada diante de sua necessidade. De segunda a sexta-feira são atendidos oito usuários por turno (manhã e tarde) e uma consulta dura, em média, 20 minutos. Temos disponibilidade de avaliar qualquer usuário que chega de maneira espontânea, sem agendamento prévio e a população encontra-se satisfeita com essa estratégia de atendimento e não temos excesso de demanda espontânea.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, do nascimento da criança até a adolescência é de fundamental importância para a promoção à saúde e prevenção de agravos em crianças e adolescentes, identificando problemas nutricionais, alterações no desenvolvimento neuro-psicomotor e situações de risco, buscando atuar de forma precoce nas intercorrências. Atualmente, possuímos 68 crianças menores de um ano cadastradas e acompanhadas na UBS, o que representa 56,6% de cobertura, se levarmos em consideração as 120 crianças estimadas pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP). Cada criança acompanhada possui seu registro atualizado com as seguintes informações: data de nascimento, momento da ablactação, vacinação, desenvolvimento psicomotor, condições socioeconômicas, riscos e doenças, avaliação nutricional, data de última consulta e próxima consulta agendada; estas informações são atualizadas e avaliadas semanalmente.

Em relação aos indicadores de qualidade, todas as crianças (68) realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, realizaram teste do pezinho, estão com a vacinação e o monitoramento do crescimento e desenvolvimento em dia, as mães receberam orientação sobre aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes. No entanto, não possuímos informações sobre a realização da triagem auditiva neonatal. Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção às crianças, é preciso, primeiramente, cadastrar 100% da população da área, além disso, programar as visitas domiciliares, principalmente, na primeira semana pós-parto, programar ações educativas com a comunidade, família das crianças e a população em geral.

O atendimento às gestantes e puérperas de nosso município é feito por uma Ginecologista em todas as unidades de saúde, sendo que esta foi uma decisão tomada pelo gestor municipal de saúde em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde Municipal. As consultas são feitas toda sexta-feira nos dois turnos e a gestante ou puérpera recebe a assistência adequada e já sai com a próxima

consulta agendada. Além das consultas programadas com a ginecologista, as gestantes e puérperas também recebem atendimento dos médicos da equipe, caso necessitem. A consulta Pré-natal também é feita pelo enfermeiro, que as orienta quanto à necessidade da realização do pré-natal e também sobre temas ligados ao ciclo reprodutivo, planejamento familiar, sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis (DST), amamentação, nutrição e higiene, durante a gestação, parto e puerpério. Do total de 100 gestantes estimadas pelo CAP, possuímos 26 cadastradas e acompanhadas, representando 26% de cobertura, no entanto, apenas 21 (81%) estão com as consultas em dia.

Em relação às puérperas, nossa cobertura é de 56,6%, ou seja, das 120 estimadas pelo CAP, possuímos 68 mulheres que tiveram parto nos últimos 12 meses. Nossos indicadores de qualidade estão muito bons, de modo que todas as puérperas receberam a consulta antes dos 42 dias pós-parto, tiveram as mamas e o abdome examinados, receberam as orientações adequadas. Entretanto, temos apenas o registro de uma puérpera que teve seu estado psíquico avaliado e sabemos que esta avaliação deve ser feita com todas as mulheres, para detectar depressão pós-parto, por exemplo.

Em relação ao controle de Câncer do Colo do Útero e de Mama, possuímos na área 1101 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, assim, temos uma cobertura de 40% em relação à prevenção do Câncer do colo do útero, sendo que são estimadas pelo CAP 2753 mulheres nesta faixa etária. Infelizmente, os nossos indicadores de qualidade também não estão bons, pois apenas 19% (214) estão com exame em dia e receberam orientação sobre a prevenção deste tipo de câncer.

No que diz respeito ao Câncer de Mama, nossa cobertura também é de 40%, pois temos 412 mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama, de um total de 1031 estimadas. Destas 412 mulheres, apenas 30% (122) estão com a mamografia em dia.

A coleta de material para exame preventivo do câncer de colo do útero (PCCU) é feita pelo enfermeiro e este mantém um registro adequado que fornece as informações necessárias para o controle e o acompanhamento adequados. Em relação ao câncer de mama, antigamente, não existia um registro fidedigno das usuárias com requisitos de indicação de mamografias, desse modo, o seguimento da pesquisa para câncer de mama não era adequado. Hoje, estamos realizando um registro com nome completo da usuária, idade, endereço, data da indicação do

procedimento, resultados do exame e conduta médica. Acredito que seja necessário continuar intensificando nossas atividades de educação em saúde, visitas domiciliares, palestras, para a conscientização das mulheres sobre estas patologias.

Em relação aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) em minha UBS, possuímos cadastrados 481 usuários com HAS (≥ 20 anos de idade), residentes na área, e apresentamos uma cobertura de 22%, de acordo com a estimativa de 2235 pessoas. O número de usuários cadastrados com DM (≥ 20 anos de idade) residentes na minha área é de 143 pessoas, assim, possuímos 22% de cobertura, para 639 diabéticos estimados pelo CAP.

Desde o mês de janeiro do ano retrasado, realizamos, semanalmente, o registro dos hipertensos e/ou diabéticos que são atendidos tanto na consulta diária, como em visitas domiciliares e atividades de grupos. Também anotamos os dados gerais dos usuários, a data dos exames avaliados, data da próxima consulta agendada, classificação de acordo com o risco cardiovascular, exame periódico dos pés com verificação da sensibilidade e palpação do pulso tibial e pedioso e outras informações necessárias para um bom acompanhamento. Além desses dados, temos registro dos grupos de hipertensos e diabéticos com a programação das datas que acontecerão os encontros mensais, além das visitas domiciliares e busca ativa dos faltosos com mais de sete dias de atraso das consultas agendadas. Nos grupos de diabéticos e hipertensos trocamos ideias, explicamos a importância do comparecimento às consultas programadas, do uso da medicação de forma contínua, falamos sobre a importância da alimentação saudável, higiene adequada e da prática de exercícios físicos para o controle destas patologias.

Com este controle regular das consultas de hipertensos e diabéticos consegui identificar usuários sem acompanhamento ou com seguimento inadequado, muitas pessoas com doses inadequadas de medicamentos ou múltipla medicação e outros sem terapêutica medicamentosa, também usuários com complicações precoces das doenças provocadas por um seguimento e controle ineficientes.

Referente à Saúde do Idoso, a estimativa do número de idosos residentes em nossa área é de 1365 pessoas com 60 anos ou mais, de acordo com o CAP, no entanto, possuímos 546 idosos cadastrados, o que representa uma cobertura de 40%. Destes, apenas 68% (374) têm caderneta de saúde da pessoa idosa e 57%

(310) estão com a consulta em dia. Durante os atendimentos, realizamos avaliação multidimensional rápida, analisamos os indicadores de fragilização na velhice e orientamos sobre hábitos alimentares saudáveis e a importância de manterem uma adequada saúde bucal e a prática de exercícios físicos regulares.

No que diz respeito à saúde bucal, há apenas quatro meses que este serviço estava sendo oferecido nesta UBS quando começo a intervenção, e o mesmo só funciona dois dias por semana. A equipe possui dois odontólogos e um auxiliar de saúde bucal, entretanto, um odontólogo só se dedica ao trabalho de próteses dentárias nas manhãs de quartas e sextas-feiras, possuindo uma carga horária de oito horas semanais, e o outro trabalha nas quintas-feiras (manhã e tarde) e nas sextas-feiras (tarde), totalizando uma carga horária semanal de 12 horas. Assim, os dois profissionais cumprem uma carga horária de 20 horas/semana nesta unidade de saúde. Estes profissionais têm um registro de cada procedimento que realizam por grupo etário, seja na consulta programada ou não. A atenção à primeira consulta programática em pré-escolares, escolares, gestantes e idosos deve ser incrementada, para isso estamos atuando nas creches e escolas, realizando ações de saúde e atividades educativas coletivas. Também são feitas atividades com outros grupos como gestantes, diabéticos, hipertensos, idosos, com o intuito de melhorar a Saúde Bucal, fornecendo orientações sobre a importância de manterem uma adequada saúde bucal e como isso ajuda a evitar complicações em doenças crônicas.

Acredito que não podemos deixar de buscar a melhoria da atenção à saúde ofertada à nossa população, para poder conseguir ter um melhor controle e seguimento das doenças que acometem os nossos usuários, bem como discutirmos estratégias para evitá-las e, para isso, é necessário que 100% da população esteja cadastradas. Muitas dificuldades identificadas desde que começamos a trabalhar na ESF e que dependiam de organização e controle do nosso trabalho, acompanhamento e seguimento adequado dos usuários, já conseguiram resolver com nosso esforço e dedicação, conseguindo a satisfação da população atendida. Infelizmente, alguns não estão sob nossa governabilidade e dependem da gestão municipal. Mas, seguimos buscando oferecer uma boa assistência e lutando pela melhoria da qualidade do SUS. Vale sinalar a importância que tubo a realização deste novo relatório em comparação do relatório feito nas primeiras semanas do curso, onde só tinha dados gerais e superficiais dos problemas presentes em nossa

ESF e que afetavam o correto funcionamento do trabalho da equipe e de uma maneira ou outra nosso atendimento aos usuários de uma forma certa. Para completar a realização deste novo relatório foi necessário o preenchimento certo do Caderno de Ações Programáticas e para isso tivemos que elaborar vários registros pessoais e realizar um relatório mais profundo e detalhado dos problemas encontrados na ESF, apoiando-nos nos questionários e manuais que acessamos, com os que melhorou nosso conhecimento dos programas e dos indicadores, para assim saber que dados precisávamos coletar para a realização de nosso trabalho final.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Comparando o relatório com o texto escrito na primeira semana de ambientação, referente à situação da ESF/APS, pode observar que temos melhorado no trabalho da ESF e alcançado um grande avanço, diferente a quando começou o trabalho da equipe nesta intervenção.

Além disso, o relatório de análise situacional é muito mais completo que o primeiro texto. Tal fato nos revela uma maior riqueza de informações que visam subsidiar o planejamento, monitoramento e avaliação da situação da saúde do nosso território.

No início de meu trabalho na ESF, só contava com as técnicas de enfermagem, o enfermeiro, o odontologista e o auxiliar de limpeza, não tinham os ACS, e além de não ter ainda a equipe completa, conseguimos identificar e dar seguimento adequado e humanizado a uma grande parte da população, as quais não tinham uma atenção de saúde periódica, estabelecemos uma maior organização dos serviços, agendamentos, atendimentos, e estrutura da UBS, mudamos sua aparência, melhoramos quanto às informações oferecidas à população, na disciplina de assistência a consultas e agendamentos, também conseguimos formar os diferentes grupos na comunidade e começar com seu funcionamento.

Conseguimos fazer os prontuários de muitos usuários que não tinham seguimento na área, assim como melhorando o sistema de informações dos mesmos, e conseguimos melhorar a organização do trabalho e levar a cabo as atribuições de cada integrante da equipe, melhoramos o acolhimento aos usuários.

Os usuários estejam sendo visitados no domicílio e avaliando questões importantes do ambiente econômico e sociocultural que ajudam ao manejo dos fatores de risco e doenças.

Nós temos feito uma integração equipe de saúde- comunidade, a qual está seguro que vai melhorar muito mais a situação da saúde de nossa comunidade, invertendo positivamente os indicadores de saúde da mesma, claro que isso ocorrerá mediante um processo contínuo e paulatinamente. Ainda não temos identificado 100% da população. Independentemente que ainda falta muito caminho por recorrer e fazer todas as ações de saúde preventiva em nossa comunidade tem notado um avanço na organização e no trabalho da equipe em relação ao início do trabalho.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas uma epidemia e constituem um sério problema de saúde pública. Nesse rol incluem-se as afecções cardiovasculares, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), as neoplasias, cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas, e representam um desafio para o sistema público de saúde, que é garantir o acompanhamento sistemático dos indivíduos as doenças respiratórias crônicas e o Diabetes Mellitus (DM), além das desordens mentais e neurológicas, bucais, oculares, auditivas, ósseas e articulares e as alterações genéticas, por se considerar que exigem contínua atenção e esforços de um conjunto de equipamentos de Políticas Públicas e da sociedade em geral. Deste grupo de patologias, ressalta-se a relevância da HAS e do DM por serem importantes fatores de risco para a morbimortalidade por causas identificadas como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção dessas doenças (OMS, 2005).

Atuo no Ambulatório Médico Municipal PSF 4, localizado na zona urbana do município de Tupanciretã/RS. Esta UBS possui 1 (uma) equipe de ESF composta por: dois médicos, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, dois odontólogos, e um auxiliar de serviços gerais, infelizmente, não possuímos ACS, o que vai de encontro à Portaria 2488/2011, a qual rege que a equipe multiprofissional da ESF, necessariamente, deve contar com ACS (BRASIL, 2011). Em relação à estrutura física, esta UBS possui: sala de espera; consultório médico; consultório para atendimento ginecológico, que também é utilizado como consultório médico; consultório odontológico; sala de procedimentos; dois banheiros, um para usuários e

outro para a equipe; cozinha; local para depósito do lixo na área externa da unidade e local para armazenamento de produtos de limpeza.

A UBS é responsável por uma população de, aproximadamente, 10.000 pessoas, segundo estimativa fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde. Atualmente, só temos cadastrados 40% da população de nossa área de abrangência, ou seja, 4000 habitantes, dentre eles 1800 homens e 2200 mulheres. Em relação aos usuários com HAS e DM, possuímos cadastrados 481 usuários com HAS (≥ 20 anos de idade), e apresentamos uma cobertura de 22%, de acordo com a estimativa de 2235 pessoas, fornecida pelo CAP. O número de usuários com DM (≥ 20 anos de idade) residentes na minha área e cadastrados é de 143 pessoas, assim, possuímos 22% de cobertura, para 639 diabéticos estimados pelo CAP. Já na PCD disponibilizada pelo curso são estimados 1521 usuários com HAS (31,62% de cobertura) e 375 usuários com DM (38,1% de cobertura) e será esta estimativa que iremos seguir durante a intervenção. Realizamos, semanalmente, o registro dos usuários com HAS e/ou DM que são atendidos tanto na consulta diária, como em vistas domiciliares e atividades de grupos. Também anotamos os dados gerais dos usuários, a data dos exames avaliados, data da próxima consulta agendada, classificação de acordo com o risco cardiovascular, exame periódico dos pés com verificação da sensibilidade e palpação do pulso tibial e pedioso e outras informações necessárias para um bom acompanhamento. Ainda, realizamos atividades em grupos nos quais realizamos orientações e promovemos ações de educação em saúde. Como a equipe não possui ACS, os médicos e o enfermeiro são responsáveis pelo processo de mapeamento e territorialização da área e pela identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos aos riscos. A realização de atividades de grupos e de visitas domiciliares também é prejudicada pela deficiência de profissionais na equipe, assim, priorizamos o acompanhamento domiciliar de usuários acamados ou com dificuldade de locomoção. Portanto, dentre as principais dificuldades que temos estão: a equipe incompleta e a falta de estímulo de alguns profissionais para desempenhar suas atribuições específicas.

Acredito que esta intervenção é muito importante, já que nunca foi realizado um trabalho como este na equipe, no qual o principal objetivo será obter mudanças favoráveis para a saúde, com intervenção em promoção da saúde e prevenção de doenças. Mediante a intervenção, pretendemos melhorar o conhecimento da população sobre sua doença, fatores de riscos e complicações, além de ampliar o

nível de conhecimento da equipe de saúde para o seguimento destas doenças, para prevenir as complicações e diminuir os fatores de riscos, mediante atividades de educação em saúde. Iremos envolver também os gestores de saúde, nossa secretária de saúde e em parte a prefeitura municipal, para a aquisição de medicamentos contra o tabagismo. Enfim, buscaremos cadastrar mais usuários portadores de HAS e DM, entretanto, nosso foco será melhorar a qualidade da assistência ofertada.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral.

Qualificar a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM da Estratégia Saúde da Família, no Ambulatório Médico Municipal – PSF 04, no município de Tupanciretã – RS..

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 1.1 Cadastrar 40% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 40% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas no Ambulatório Médico Municipal PSF, no Município de Tupanciretã/RS. Participarão da intervenção todos os portadores de HAS e/ou DM, com idade igual ou superior a 20 anos e que fazem parte da área de abrangência desta UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura aos portadores de HAS e/ou DM

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ação:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento:

Será aberto livro para registro e cadastramento dos usuários portadores de HAS e/ou DM, bem como o preenchimento da ficha-espelho de cada usuário. Este

preenchimento será feito pelo profissional de nível superior, no momento da consulta do usuário ou durante a visita domiciliar e, mensalmente, a equipe de enfermagem e o médico revisarão estes registros, assim como atualizarão os indicadores de cobertura, analisando a incidência e prevalência destas patologias.

Eixo Organização e Gestão do Serviço:

Ações:

- Garantir o registro de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento:

Como já possuímos alguns registros dos usuários com HAS e/ou DM, vamos atualizá-los de acordo com o comparecimento do usuário à consulta, assim, atualizaremos as condutas e os tratamentos adotados os registros. Para os novos usuários, iremos realizar o registro no programa, de modo que todos os usuários acompanhados durante a intervenção possam estar devidamente registrados no programa.

A equipe de enfermagem receberá um treinamento para melhorar o acolhimento, assim, quando o usuário comparecer à UBS, a técnica de enfermagem irá acolhê-lo e realizar a aferição dos sinais vitais (temperatura, batimentos cardíacos, frequência respiratória, pressão arterial e glicemia capilar) além de verificar o peso e a altura. Daí, este usuário será encaminhado para consulta com o médico. A equipe de enfermagem fará uma caixa de sugestões e reclamações em relação ao acolhimento e atendimento ao usuário e esta caixa ficará disponível na recepção a partir do primeiro dia intervenção e a mesma que será revisada a cada dois dias para detectar as sugestões/reclamações e tentarmos resolver as pendências.

Para garantirmos material adequado para a medida da pressão arterial e realização do hemoglicoteste, observaremos a data de inspeção e avaliação dos aparelhos e o tempo de validade de acordo com as recomendações do Inmetro, também, solicitaremos à gestão a reposição dos aparelhos danificados que foram identificados. Mensalmente, a equipe de enfermagem irá enviar o pedido de

materiais à secretaria de saúde, como forma de garantir que os procedimentos sejam realizados, inclusive, buscaremos garantir material adequado para realização do hemoglicoteste, principalmente para os usuários em uso de insulina.

Eixo Engajamento Público:

Ações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, no mínimo, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Durante as consultas e nas visitas domiciliares a equipe de enfermagem e/ou o médico irão informar aos usuários e à comunidade em geral sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde; sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, no mínimo, anualmente; sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Essas orientações poderão ocorrer sob a forma de palestras, orientações individuais, confecção de painéis informativos que serão fixados no mural da UBS.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar o pessoal de enfermagem para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.
- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg..

Detalhamento:

Durante a reunião de equipe, o médico irá capacitar a equipe de enfermagem sobre como cadastrar os usuários portadores de HAS e/ou DM da área, bem como sobre o preenchimento adequado dos dados. Toda a equipe também

será capacitada para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Para o cadastramento de novos usuários, toda a equipe fará um levantamento epidemiológico na área e visitas domiciliares para identificação destas pessoas.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção aos portadores de HAS e/ou DM

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e com diabetes;
- Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.
- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS e conforme a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA.
- Monitorar as pessoas hipertensas e as diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

O médico irá revisar o prontuário dos usuários participantes da intervenção para verificar a qualidade do exame clínico que está sendo ofertado e este profissional será responsável pela solicitação dos exames complementares, conforme recomendações do protocolo adotado. Mensalmente, o médico e a equipe de enfermagem revisam os prontuários e a ficha espelho para verificar se todos os usuários estão com solicitação dos exames complementares, bem como, identificar aquelas pessoas que ainda não realizaram estes exames; se todos os usuários receberam avaliação odontológica durante as consultas e se os portadores de DM tiveram os pés examinados.

A equipe de enfermagem ficará responsável por fazer um relatório dos medicamentos utilizados pelos usuários portadores de HAS e/ou DM e que são dispensados pela UBS, com registro da data de entrega e quantidade dispensada.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e diabetes.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas com DM.
- Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés.
- Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.
- Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares atualizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e com diabetes cadastradas na UBS.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e com diabetes;
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e com diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Na reunião de equipe, serão definidas as atribuições de cada integrante da equipe no exame clínico de pessoas com HAS e DM, incluindo exame físico dos pés das pessoas com DM, sendo que os profissionais serão capacitados de acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus –(BRASIL, 2013a) e o Caderno de Atenção Básica nº 37: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013b), pois utilizaremos estes manuais como protocolos

e, para isso, providenciaremos a impressão dos mesmos. Os dias específicos para a realização das capacitações e os temas que serão abordados serão discutidos em reunião. Para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares, será organizada uma agenda, que também será definida em reunião.

O médico será responsável pela solicitação dos exames laboratoriais para todos os usuários portadores de HAS e/ou DM e este profissional seguirá as recomendações dos protocolos adotados. Também encaminhará (referência) os usuários com DM que necessitem de acompanhamento com especialistas e cobrará a contra referência para que possa dar continuidade ao tratamento do mesmo.

Iremos solicitar apoio junto à secretaria municipal de saúde no intuito de agilizar a realização dos exames solicitados, visto que temos dificuldade para a liberação dos exames, inclusive, definiremos casos de urgência que necessitam ser priorizados. Estabeleceremos sistemas de alerta para os exames que foram realizados e identificaremos aqueles usuários que ainda estejam com exames pendentes. Também, solicitaremos junto a gestão a aquisição do monofilamento 10g para exame dos pés de pessoas com DM, o qual é utilizado para o teste de sensibilidade.

Mensalmente, a equipe de enfermagem irá realizar o controle do estoque de medicamentos, verificando a data de vencimento e identificando os medicamentos que precisam ser repostos, de acordo com os medicamentos que são utilizados pelos portadores de HAS e /ou DM. Os pedidos serão enviados para a Secretaria Municipal de Saúde.

O médico da equipe reunirá com o odontólogo para discutirem a ação de avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e DM e definir como será feita esta avaliação.

Eixo Engajamento público:

Ações:

- Orientar a comunidade em geral quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames;

- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade em geral quanto ao direito dos usuários em ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento:

O médico irá realizar palestras para os usuários e a comunidade sobre riscos e complicações de doenças recorrentes da DM e HAS; sobre o direito dos usuários de terem acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso;

Já a equipe de enfermagem irá elaborar e distribuir panfletos informativos e realizar orientações em outros espaços do bairro sobre temas relacionados a estas patologias e sobre os medicamentos oferecidos pelo SUS e os lugares onde podem ter acesso aos mesmos. Também serão colocados painéis informativos sobre a importância da avaliação da saúde bucal.

Em reuniões do grupo, o médico e a equipe de enfermagem farão palestras e orientarão sobre a periodicidade da realização dos exames complementares, explicando o porquê da importância da realização dos mesmos. Também colocaremos cartazes e informativos na UBS com orientações sobre a periodicidade de realizar os exames complementares.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento:

Durante as reuniões de equipe, o médico irá realizar capacitação sobre a realização de exame clínico e do exame apropriado dos pés; todos serão orientados para seguir o protocolo adotado na UBS em relação à solicitação de exames complementares, tratamento adequado da HAS e DM e orientação dos usuários para acesso aos medicamentos, bem como, os lugares onde são oferecidos os medicamentos da HAS e DM pelo SUS. A equipe será capacitada para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e DM.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento:

Semanalmente, será revisado o livro de agendamentos e, mensalmente, serão revisados os prontuários e fichas-espelho dos participantes da intervenção para realizar busca ativa dos faltosos com mais de sete dias de atraso na consulta.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

Para buscar os faltosos, serão realizadas visitas domiciliares duas vezes por semana (duas tardes) em conjunto com o pessoal de enfermagem para buscar os faltosos às consultas e agendar novas datas. A equipe de enfermagem programará o agendamento dos faltosos e também será responsável pelo acolhimento destes usuários provenientes das buscas ativas.

Eixo Engajamento público:

Ações:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para evitar evasão das pessoas com hipertensão e com diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

- Esclarecer as pessoas com hipertensão e com diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

A equipe de enfermagem e o médico farão palestras educativas na comunidade sobre a importância das consultas, periodicidade e seguimento adequados para o controle da HAS e DM. Estas informações também estarão disponíveis na UBS por meio de painéis informativos que serão confeccionados pela equipe de enfermagem e as orientações serão dadas, pelo médico, durante as consultas individuais.

Para um maior controle das datas das consultas, o profissional de nível superior que atender o usuário registrará no prontuário a data da próxima consulta. Se houver número excessivo de faltosos, buscaremos ouvir da comunidade as estratégias para evitar evasão das pessoas com hipertensão e com diabetes.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ação:

- Capacitar o pessoal de enfermagem para a orientação de pessoas com hipertensão e com diabetes quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

Durante as reuniões de equipe, o pessoal de enfermagem será orientado quanto à realização das consultas de HAS e DM. O médico irá debater temas dos protocolos de seguimento destes usuários e identificaremos todos os portadores de hipertensão e diabetes, com seus riscos e patologias associadas, individualizando cada usuário para seu seguimento adequado.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ação:

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e com diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento:

A equipe de enfermagem e/ou o médico revisarão, pelo menos duas vezes por mês, os registros feitos para portadores de HAS e DM, para verificar desvios, bem como atualizar dados.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.
- Implantar ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

Implantaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso e, para isso, solicitaremos da secretaria municipal de saúde a impressão das fichas na quantidade necessárias para que todos os portadores de HAS e DM que são participantes da intervenção tenha sua ficha espelho. As informações registradas nas fichas servirão de base para atualizarmos as informações do SIAB/e-SUS.

A equipe de enfermagem será responsável pelo monitoramento dos registros, a qual vai informar a situação dos mesmos em cada reunião da equipe, assim como as irregularidades encontradas durante o monitoramento. Adicionaremos, aos registros, as datas das próximas consultas e a data de realização dos exames complementares.

Eixo Engajamento público:

Ação:

- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, se necessário.

Detalhamento:

O médico irá realizar palestras na comunidade abordando temas relacionados aos direitos e deveres dos usuários do SUS, inclusive, o direito em relação à manutenção de seus registros de saúde e sobre a disponibilidade de seus prontuários para acesso à segunda via, se necessário.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e com diabetes;

- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

Durante a reunião de equipe, o médico irá capacitar a equipe de enfermagem para o preenchimento adequado dos registros de portadores de HAS e/ou DM, bem como o registro dos procedimentos clínicos (prontuário médico, dados gerais, ficha-espelho, livro de registros).

Objetivo 5 - Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ação:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e com diabetes com a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento:

O médico será o responsável pela realização da estratificação de risco. No momento da consulta, este profissional já analisará o prontuário do usuário para verificar se o mesmo realizou a estratificação de risco e há quanto tempo e, se necessário, irá fazê-lo.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e com diabetes avaliadas como de alto risco.

- Organizar a agenda para o atendimento da demanda.

Detalhamento:

A equipe de enfermagem fará o agendamento para todos os usuários participantes da intervenção, sendo que aqueles avaliados como de alto risco terão seu agendamento priorizado, mas isto não prejudicará o atendimento dos demais usuários.

Eixo Engajamento público:

Ações:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

- Esclarecer as pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento:

O médico orientará os usuários e seus familiares, durante as consultas, sobre os riscos que eles estão expostos e sobre a importância de um seguimento adequado e contínuo. Também fará palestras educativas sobre alimentação saudável, tabagismo, alcoolismo, estresse, obesidade e sedentarismo.

A equipe de enfermagem irá confeccionar painéis sobre riscos e prevenção de complicações da HAS e DM e sobre como modificar fatores de riscos modificáveis e como manter estilos de vida saudáveis.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

O médico realizará capacitações para a equipe de saúde abordando temas sobre os fatores de riscos modificáveis para DM e HAS, como modificá-los e adotar estilos de vida saudáveis. Durante as reuniões da equipe também haverá debates com a equipe de saúde sobre os protocolos de seguimentos da DM e HAS.

Objetivo 6 - Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e com diabetes;

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e com diabetes.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e com diabetes.

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento:

O médico irá revisar, mensalmente, os prontuários e fichas-espelho dos usuários participantes da intervenção para verificar se todos os usuários estão recebendo orientações sobre: alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e importância da higiene bucal. A planilha de coleta de dados também ajudará nesta atividade de monitoramento.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, orientação sobre atividade física.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas, educadores físicos nesta atividade.

- Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento:

Durante as reuniões dos grupos, a equipe de enfermagem e o médico darão palestras sobre: alimentação saudável, explicando aos usuários sobre os alimentos que fazem bem à saúde e oferecendo exemplos de planos dietéticos e boa alimentação; importância da atividade física para o controle da HAS e DM

Solicitaremos o apoio da Secretaria de Saúde para que sejam disponibilizados os profissionais específicos para participarem destas atividades e para a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo. Durante a reunião de equipe iremos discutir sobre o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir que todos os usuários recebam todas as orientações preconizadas.

Eixo Engajamento público:

Ações:

- Orientar pessoas com hipertensão e com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

- Orientar pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e do diabetes.

- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

A equipe realizará palestras quanto à importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes, a prática de atividade física regular e a necessidade da higiene bucal. Tentaremos criar um grupo de usuários interessados em abandonar o tabagismo.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.

- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

- Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

- Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

O médico, com o apoio do odontólogo e demais profissionais específicos (nutricionista e educador físico, se disponibilizados pela Secretaria de Saúde), capacitarão a equipe sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com DM, metodologias de educação em saúde, a promoção da prática de atividade física regular, o tratamento de pessoas tabagistas e para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 40 % das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 40 % das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Relativos ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes. Indicador 2.2: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3: Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.5: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus. .

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.8: Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.9: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1: Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Relativos ao objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 5.2: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Relativos ao objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional. Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção em saúde para pessoas com HAS e/ou DM, serão adotados o Caderno de Atenção Básica nº 36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (BRASIL, 2013a) e o Caderno de Atenção Básica nº 37: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013b) e, solicitaremos a impressão destes manuais para deixarmos como meio de consulta na UBS. O registro de dados será feito, semanalmente, na planilha de coleta de dados (ANEXO A) disponibilizada pelo curso, bem como, utilizaremos o prontuário daquele usuário e a ficha espelho (ANEXO B) para o registro e coleta de informações. Estima-se alcançar com a intervenção 608 portadores de HAS e 150 pessoas com DM, já que buscaremos alcançar uma cobertura de 40% de pessoas com HAS e 40% de pessoas com DM, assim, fizemos contato com o gestor municipal para a impressão de, pelo menos, 800 fichas espelho. Toda a equipe será responsável pelo levantamento epidemiológico que será realizado na área, para busca de usuários com HAS e DM e cadastramento dos mesmos.

A capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de HAS e DM, preenchimento dos registros e prontuários, bem como outros temas relacionados à intervenção, serão realizadas nas duas primeiras semanas da intervenção; a capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico e orientações sobre higiene bucal vai ser feita por um odontólogo na primeira semana da intervenção. Estas capacitações ocorrerão na própria UBS. Na primeira semana da intervenção, entraremos em contato com o gestor municipal e membros da secretaria de saúde para falar sobre a ação programática, solicitar apoio e os recursos necessários, mas já foi comunicado para eles a necessidade de ACS e de técnicos de enfermagem; também incluímos a

solicitação do transporte e demais demandas que só podem ser resolvidas pela gestão, como a disponibilização de exames complementares.

Durante as reuniões da equipe também serão discutidos os seguintes temas, como forma de avaliação e monitoramento da intervenção, bem como para a organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica: as estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e/ou DM; medidas que serão utilizadas para a busca de faltosos; a importância de aproveitar as visitas domiciliares para informar a comunidade sobre a necessidade dos usuários comparecerem às consultas de acompanhamento na UBS, assim como informá-los sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

O acolhimento será realizado por toda a equipe que estará capacitada para fornecer as orientações necessárias aos usuários com hipertensão e diabetes que procuram por atendimento ou apenas por informações sobre o funcionamento da UBS. Os portadores de HAS e DM com consultas atrasadas serão agendados para a mesma semana, mas em horários específicos; em casos agudos serão encaminhados imediatamente ao serviço médico. Aqueles usuários que vierem para primeira consulta agendada já sairão com agendamento da próxima consulta, como já vem ocorrendo.

A organização e gestão do serviço acontecerão durante o desenvolvimento das ações. Será preciso monitorar os usuários cadastrados no programa através de uma planilha quanto ao recebimento de visitas domiciliares pela equipe de saúde, a periodicidade das consultas, verificação dos faltosos. Também é necessário o monitoramento do número de usuários com hipertensão e diabetes que precisam e estão recebendo atendimento e/ou realizando algum procedimento.

O envolvimento dos membros da equipe na organização, planejamento e gestão de ações acontecerá por meio da motivação e das orientações fornecidas quanto à importância do trabalho de intervenção com os portadores de HAS e DM, assim, ampliaremos a abrangência do trabalho. Também será proposta ao gestor municipal a articulação de parcerias interinstitucionais para ampliar a oferta das ações.

A equipe de saúde entrará em contato com os líderes comunitários para falar sobre a intervenção que estará acontecendo na UBS e esclarecerá a importância da realização da consulta e do acompanhamento dos usuários com estas doenças junto ao Programa de Atenção ao portador de HAS e DM. Ainda, solicitaremos apoio da

comunidade no sentido de ampliar a captação de usuários com estas patologias e que não comparecem às consultas.

O médico será responsável por: capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de HAS e DM e preenchimento dos registros e prontuários; estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática; organizar os sistemas de registros das ações; contato com liderança comunitária para falar sobre a intervenção e solicitar apoio para as estratégias que serão implementadas; atendimento clínico dos usuários; capacitar do pessoal para busca ativa dos faltosos, mediante telefonemas e contatos com familiares; encaminhamento para consulta odontológica programática; revisar prontuários e registros; capacitar a equipe para oferecer orientação nutricional, sobre prática de atividade física e prevenção de fatores de riscos; monitoramento da intervenção.

O atendimento clínico dos portadores de HAS e DM incluem todo seguimento, indicação de exames complementares, avaliação de estratificação de riscos e saúde bucal e todas as orientações necessárias.

A equipe de enfermagem será responsável por: organizar os sistemas de registros das ações; busca ativa dos faltosos; elaborar painéis e cartazes para colocar na UBS e em locais públicos da comunidade com informações sobre HAS e DM; revisar medicamentos, controle de estoque e fazer pedido de medicamentos e materiais à secretaria de saúde; revisar prontuários e registros; agendar consultas. O odontólogo fará a avaliação odontológica dos usuários e realizará a capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico e orientações sobre higiene bucal.

Na revisão de medicamentos, controle de estoque e o pedido de medicamentos e materiais à secretaria de saúde serão incluídos os materiais para teste da glicose. A revisão dos prontuários e agendamentos vai ser feita por toda a equipe, de maneira organizada e priorizando o atendimento aos usuários considerados de alto risco. Os grupos de hipertensos e diabéticos incluem todas as atividades de promoção em saúde, todas as palestras, caminhadas e orientações aos usuários e familiares e terá a participação de todos os integrantes da equipe. A equipe será capacitada para dar orientações precisas sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos e controle de fatores de risco das doenças. O monitoramento da intervenção vai ser constante para um melhor trabalho e desempenho das ações a fazer.

2.3.4 Cronograma

| AÇÕES | SEMANAS | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de Hipertensão e Diabetes, busca ativa de faltosos; | x | | | | | | | | | | | |
| Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática | x | | | | | | | | | | | |
| Elaboração de painéis e cartazes para colocar na UBS e na comunidade com informações sobre HAS e DM. | x | | | | | | | | | | | |
| Cadastramento dos portadores de HAS e DM da área de abrangência da equipe | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática ao portador de HAS e DM solicitando apoio para a captação destes usuários para as demais estratégias que serão implementadas. | x | | | | | | x | | | | | |

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O objetivo principal de nossa intervenção foi qualificar a atenção em saúde de pessoas portadoras de HAS e DM de nossa ESF 4, no município Tupanciretã. A meta pactuada foi alcançar o 40% de pacientes cadastrados com HAS e DM, respectivamente. Ao final da intervenção foram avaliados e cadastrados 441 pacientes com HAS (114 no mês 1; 156 no mês 2; e 171 no mês 3) e 175 pacientes com DM (39 no mês 1; 59 no mês 2; e 77 no mês 3) para um total de 491 pacientes. Das metas pactuadas, foram cadastrados um 29% dos pacientes com HAS e um 46,7% dos pacientes com DM.

Das ações previstas no projeto, foi possível a realização de todas elas, além das dificuldades na ESF com o déficit de pessoal de enfermagem e a carência de agentes comunitários; mais a equipe se esforçou no trabalho para tentar lograr as metas pactuadas. Também foram muito negativos nas metas alcançadas, os dias feriados que tivemos durante o desenvolvimento do trabalho, que nos atrapalhou na realização de alguns grupos de HAS e DM, onde haveríamos cadastrado mais algum paciente.

Além das dificuldades; foi realizado o exame clínico e estratificação de risco cardiovascular, aos 100% dos pacientes cadastrados, e garantido a solicitação e realização dos exames complementares em dia de acordo ao protocolo. Também foi garantida a prescrição de medicamentos da farmácia popular aos 99% dos pacientes, faltando só um paciente que era novo na área e tinha tratamento com DIAMICRON 60; medicamento não fornecido na farmácia popular. Foi garantido e feito também a avaliação odontológica de todos os pacientes cadastrados, com

orientação sobre os riscos do tabaquismo, orientações higiênicas dietéticas, e sobre os benefícios de realizar exercícios físicos.

A última semana da intervenção, foi uma semana de análise dos resultados e de conversas sobre os logros da intervenção e as experiências durante o trabalho, e a equipe ficou muito contenta com os resultados, e decidimos continuar com o processo de cadastramento para os pacientes com HAS e DM, incorporando as ações ao trabalho no dia a dia, garantindo o exame clínico os complementares, o tratamento pela farmácia popular e a atenção odontológica segundo o protocolo de atuação nos pacientes com HAS e DM na atenção básica.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações foram desenvolvidas e cumpridas integralmente durante a intervenção.

Os atendimentos clínicos e as atividades de educação em saúde foram implementados sem problemas, além das dificuldades com o déficit de pessoal de enfermagem, ausência de agentes comunitários e de recepcionista na UBS.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Apesar das dificuldades, ao longo do trabalho conseguimos atingir os objetivos do projeto durante a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção. Referente ao cálculo dos indicadores também não apresentamos dificuldades.

Implementamos com sucesso os agendamentos dos pacientes, além disso, organizamos os atendimentos de demanda espontânea, conseguimos implementar um sistema de registros organizado na UBS, e principalmente conseguimos formar os grupos na UBS, para realização das atividades educativas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O principal logro da intervenção foi a integração da equipe e a organização do serviço. Agora vamos continuar incorporando os objetivos da intervenção na rotina do serviço, pois temos mais experiências e estamos preparados para enfrentar melhor as dificuldades encontradas ao longo do trabalho cotidiano. As ações desenvolvidas estão sendo integradas nas atividades do dia a dia da equipe e

assim da UBS, pois precisamos manter um melhor controle dessas doenças. Tudo vai continuar sendo feito com a mesma qualidade e responsabilidade, pois acreditamos que a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são doenças que possuem uma alta prevalência, e atuando sobre os fatores de risco modificáveis podemos melhorar e garantir uma melhor qualidade de vida e sobrevivência dos usuários acometidos.

Temos planejado ampliar estas ações para toda a população e todos os programas de Atenção Primária em nossa comunidade, melhorar a comunicação com toda a população e aumentar o nível de informação em saúde da mesma, divulgaremos as atividades que estão sendo desenvolvidas com e para a comunidade, seus objetivos, metas e convidar a toda a população para participar, assim pretendemos integrar o indivíduo, a família e a comunidade.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço seriam ter a equipe completa para melhorar ainda mais a atenção a saúde, principalmente os ACS para poder investir na ampliação de cobertura das pessoas com HAS e/ou DM e continuar trabalhando para melhorar o cadastramento da comunidade.

Pretendemos implementar o programa de prevenção e controle de câncer de colo de útero e mama, como melhora de atenção à saúde da mulher, e melhorar desta mesma maneira a atenção ao pré-natal no serviço, programas que podemos levar simultaneamente sem dificuldade, já que nossa equipe tem trabalhado na área de saúde, dois médicos clínicos gerais.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada por três meses com o foco na atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM com 20 anos ou mais, residentes na área da ESF 4 do município Tupanciretã, RS.

Antes da intervenção, realizamos um levantamento dos dados e foi verificado que a UBS é responsável por uma população de, aproximadamente, 10.000 pessoas, segundo estimativa fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde.

No início da intervenção, percebemos que os nossos registros apresentavam várias fragilidades, entre elas, apenas 40% da população cadastrada de nossa área de abrangência, ou seja, 4.000 habitantes.

Segundo as estimativas do caderno de ações programáticas (CAP), o número de pessoas com HAS com 20 anos ou mais residentes na nossa área de abrangência é de 2.235. Considerando que antes da intervenção possuíamos apenas 481 pessoas com HAS cadastradas, a cobertura estimada é de 22%.

Já para as pessoas com DM com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da nossa unidade de saúde, a estimativa segundo o CAP é de 630 pessoas, resultando em uma cobertura de 22%, uma vez que acompanhávamos 143 pessoas com DM.

Após debater com toda a equipe, foi decidido utilizar as estimativas da planilha de coleta de dados, pois os registros encontrados e os fornecidos pela secretaria de saúde não eram 100% atualizados e fidedignos. No momento que realizamos o relatório de análise situacional, identificamos que a última atualização ocorreu há 4 anos atrás. Além disso, a secretaria de saúde de meu município não tinha a coleta de dados digitalizada, nem o número certo da população alvo. Logo,

considerando que as estimativas da PCD são de 1.521 usuários com HAS e 375 com DM, a cobertura antes da intervenção no programa de atenção à saúde da pessoa com HAS e DM era, respectivamente de 31,6% e 38,1%.

Participaram da intervenção um total de 441 pessoas com HAS, sendo que no primeiro e segundo mês o número foi, respectivamente de 114, 270, enquanto que o número total de pessoas com DM foi de 175, sendo 39 no primeiro mês e 98 no segundo mês. Seguem abaixo os resultados obtidos, segundo os objetivos e metas.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1: Cadastrar 40% das pessoas com hipertensão no programa de atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 40% das pessoas com diabetes no programa de atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

A partir de uma análise progressiva da cobertura, o número de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na unidade de saúde no primeiro, segundo e terceiro mês foi de 114 (7,5%), 270 (17,8%) e 441 (29,0%) (figura 1). Já a cobertura da atenção às pessoas com DM, o número total cadastrado no primeiro mês 39 (10,4%), no segundo mês 98 (26,1%) e no terceiro mês 175 (46,7%) (figura 2). Assim, só foi possível atingir a meta 1.2 e não a 1.1

Acreditamos que não conseguimos atingir a meta 1.1 devido não apenas ao fato do número de pessoas com HAS que assistiam a consulta sempre foi menor do que o número de pessoas com DM, mas também as dificuldades de um baixo número de profissionais que atuam na nossa unidade de saúde, a demanda espontânea e a organização do nosso processo de trabalho semelhante a de um pronto atendimento. Assim, nossas limitações não permitiam priorizar o atendimento apenas do público alvo do foco escolhido.

De forma geral, conseguimos melhorar a cobertura da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM, uma vez que realizamos, semanalmente, o registro dos usuários com HAS e/ou DM que são atendidos tanto na consulta diária, como em vistas domiciliares e atividades de grupos. Também anotamos os dados gerais dos usuários, a data dos exames avaliados, data da próxima consulta agendada, classificação de acordo com o risco cardiovascular, exame periódico dos pés com verificação da sensibilidade e palpação do pulso tibial e pedioso e outras informações necessárias para um bom acompanhamento. Ainda, realizamos

atividades em grupos nos quais realizamos orientações e promovemos ações de educação em saúde.

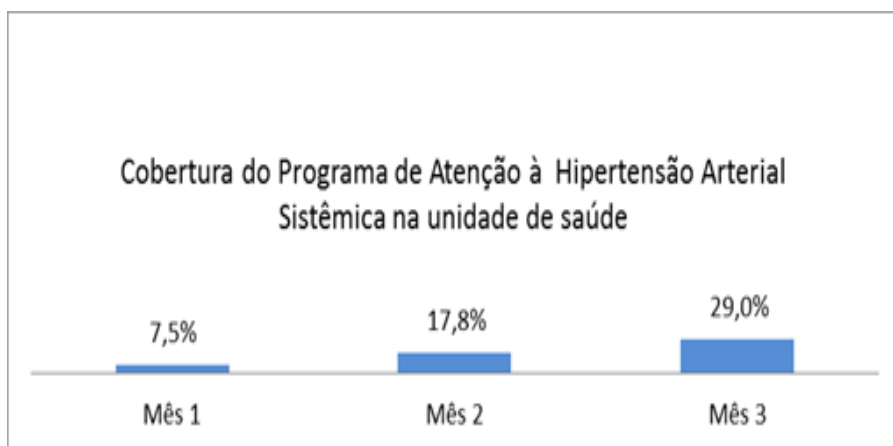


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à hipertensão arterial sistêmica na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

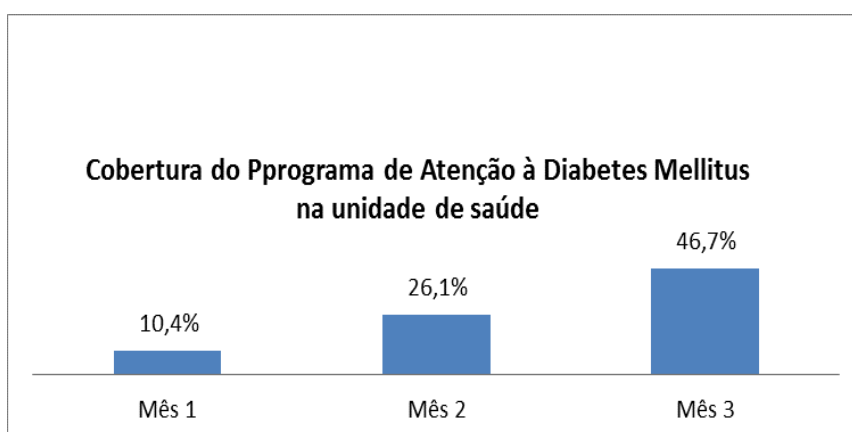


Figura 2: Cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Ao longo da intervenção foi realizado exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes. No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi, respectivamente, 114 (100%), 270 (100%) e 441 (100%). Já em

relação às pessoas com diabetes, 39 (100%), 98 (100%) e 175 (100%) delas estavam com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês.

As ações que favoreceram alcançar esses bons resultados foi o apoio da gestão e as ações de qualificação da prática clínica.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Essa meta, também foi atingida com sucesso nos três meses da intervenção. No primeiro, segundo e terceiro mês, 39 (100%), 98 (100%) e 175 (100%) pessoas com diabetes estavam com exame dos pés em dia, respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês.

As ações que favorecem alcançar esses bons resultados em ambas metas foi o trabalho integrado da equipe, a organização das consultas e agendamentos, onde não só fazíamos consultas como demanda espontânea, sendo que realizamos a consultas programadas segundo a os protocolos de atenção aos pacientes com HAS e DM.

Depois de atingir essas metas, a equipe decidiu continuar com essa forma de trabalho e incorporar a forma de trabalho durante a intervenção na rotina no dia a dia do serviço na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ambas as metas foram atingidas, principalmente devido ao esforço em conjunto dos trabalhadores do serviço e da secretaria de saúde, que além das dificuldades financeiras do município, foram priorizados a liberação de recursos para esses usuários alvo da nossa intervenção, como por exemplo, para aqueles que precisavam de exames complementares. Agora vamos nos traçar uma meta mensal para continuar realizando esses exames e incorporar esse objetivo de trabalho na rotina do serviço.

O número de pessoas com hipertensão com exames complementares periódicos em dia no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, de 114

(100%), 270 (100%) e 441 (100%), enquanto que o número de pessoas com diabetes foi de 39 (100%), 98 (100%) e 175 (100%).

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Esta meta não foi atingida nem 100%, por que um usuário chegou recentemente na nossa área e já tinha tratamento indicado por outro médico, e o tratamento estava controlando as doenças dele adequadamente. Assim, considerando que o usuário tinha os valores dos exames bons, decidimos manter o tratamento.

O número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos fornecidos pela farmácia popular no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, de 113 (99,1%), 269 (99,6%) e 440 (99,8%), enquanto que o número de pessoas com diabetes com medicamentos fornecidos pela farmácia popular foi de 38 (97,4%), 97 (99%) e 174 (99,4%) respectivamente.

Além disso, foram alcançados bons resultados devido à coordenação da farmácia popular que facilitou para nós a relação dos medicamentos que foram fornecidos para a oferta e disponibilização gratuita para os usuários com HAS e/ou DM.

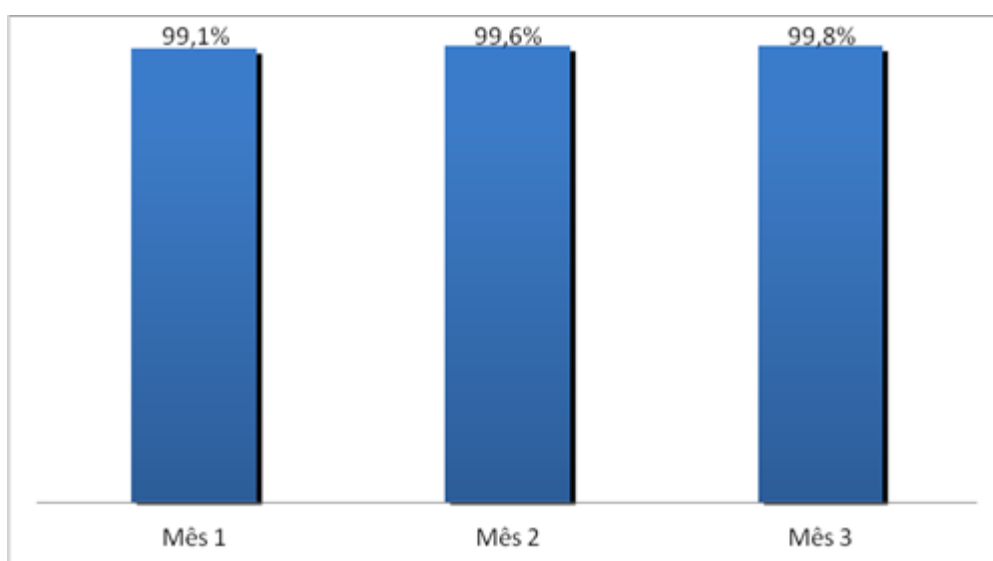


Figura 3: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hipertensão. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

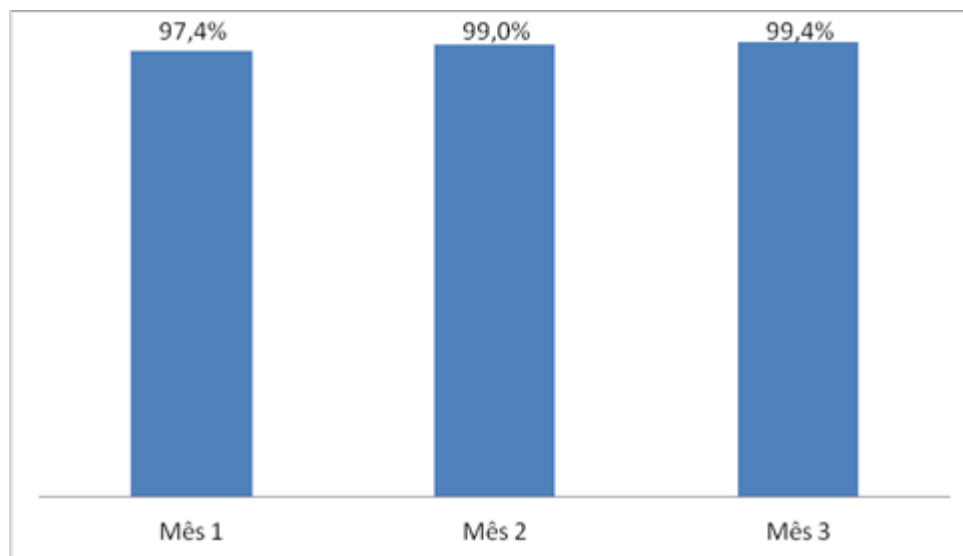


Figura 4: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamento da farmácia popular/hiperdia. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com hipertensão com avaliação e atenção odontológica completa no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, de 114 (100%), 270 (100%) e 441 (100%), enquanto que o número de pessoas com diabetes foi de 39 (100%), 98 (100%) e 175 (100%) pessoas respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Esses resultados foram obtidos por meio da adequada comunicação com a parte da equipe de saúde bucal e com uma adequada programação das consultas de acordo com os usuários agendados para as consultas de HAS e DM.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

Esses foram os únicos indicadores que ficaram em 0%, já que nunca foi necessária realizar a busca ativa de usuários, porque desde o princípio da intervenção foi garantida uma comunicação adequada com os usuários de maneira que já sabiam o dia certo para as consultas quando agendavam o atendimento, e o

peçoal da equipe de enfermagem ficava com um número de telefone na agenda do usuário para ligar no dia anterior da consulta para lembrar o horário certo. Essa estratégia se mantém na nossa rotina de serviço e evita as faltas às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS com ficha de acompanhamento em dia no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, de 114 (100%), 270 (100%) e 441 (100%), enquanto que o número de pessoas com diabetes foi de 39 (100%), 98 (100%) e 175 (100%).

Esses resultados foram tingidos graças ao acolhimento realizado pela equipe de enfermagem, o adequado preenchimento das fichas de atendimento e os prontuários de cada usuário antes de ir a consulta, assim como o controle semanal que tinha a equipe quando terminava o atendimento cada semana dos prontuários e fichas de cada paciente. Essas ações se mantém e foram incluídas na rotina do serviço.

Objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS com estratificação de riscos cardiovasculares completo, foi no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, de 114 (100%), 270 (100%) e 441 (100%), enquanto que o número de pessoas com diabetes foi de 39 (100%), 98 (100%) e 175 (100%).

As ações que favoreceram atingir essas metas foram as ações de qualificação da prática clínica e a (re) organização do processo de trabalho da equipe.

Objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

O número de usuários com HAS com orientação nutricional adequada no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, de 114 (100%), 270 (100%) e 441 (100%), enquanto que o número de pessoas com diabetes foi de 39 (100%), 98 (100%) e 175 (100%).

Esses resultados foram alcançados graças às orientações realizadas tanto nas atividades individuais, como coletivas na unidade de saúde e durante as visitas domiciliares.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS com orientação dos benefícios da prática diária e sistemática de atividades físicas no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, de 114 (100%), 270 (100%) e 441 (100%), enquanto que o número de pessoas com diabetes foi de 39 (100%), 98 (100%) e 175 (100%).

Da mesma maneira mencionada em relação as metas 6.1 e 6.2 foram atingidas as metas 6.4 e 6.5. A equipe não encontrou dificuldade para desenvolver essas ações, pois isso já era rotina da equipe.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS que foram orientado sobre os riscos do tabagismo no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, de 114 (100%), 270 (100%) e 441 (100%), enquanto que o número de pessoas com diabetes foi de 39 (100%), 98 (100%) e 175 (100%).

Semelhantemente as metas anterior, a atenção à saúde tanto individual como coletiva favoreceram o alcance dessas metas por toda a equipe.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS com orientação sobre a importância de manter uma adequada higiene bucal, no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, de 114 (100%), 270 (100%) e 441 (100%), enquanto que o número de pessoas com diabetes foi de 39 (100%), 98 (100%) e 175 (100%) respectivamente.

Em relação ao objetivo promoção de saúde, conseguimos atingir estas metas no transcurso de toda a intervenção, já que a equipe toda, o pessoal de enfermagem, e eu como médico da UBS, fornecia orientações em relação às modificações do estilo de vida que incluem: orientação nutricional sobre alimentação saudável, práticas de atividade física e sobre riscos do tabagismo. Isso era colocado em prática tanto no momento da consulta de maneira privada e respeitando as particularidades de cada um, ou de maneira coletiva nas palestras realizadas antes das consultas de HIPERDIA, nas atividades de grupos, e os atendimentos pelas diferentes áreas da UBS.

Nas consultas médicas e nas visitas domiciliares, também fizemos atividades educativas orientando a população quanto a manter uma adequada higiene bucal, escovar os dentes corretamente, e a importância de ter um seguimento continuado com o odontólogo.

Depois de uma análise dos resultados da intervenção, e de conversas sobre os resultados e as metas atingidos, as experiências durante o trabalho, a equipe ficou muito contente com os resultados.

Apesar de não ter atingido 100% dos usuários cadastrados e acompanhados, decidimos continuar com o processo de cadastramento das pessoas com HAS e/ou DM incorporando as ações ao trabalho no dia a dia, garantindo o exame clínico os complementares, o tratamento pela farmácia popular e a atenção odontológica, segundo o protocolo de atuação.

Mesmo com a finalização da intervenção, nossa equipe continua trabalhando para garantir uma atenção em saúde de qualidade.

4.2 Discussão

Com o desenvolvimento da intervenção “Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM do Ambulatório Médico Municipal – PSF 04, Tupanciretã/RS, foi possível aumentar a cobertura e a qualidade da atenção à saúde

das pessoas com HAS e/ou DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Além disso, as ações desenvolvidas propiciaram completar o mapeamento da área de saúde, o qual estava incompleto, atualizar e ampliar o cadastramento de um número maior de usuários com essas doenças.

A equipe conseguiu ofertar uma atenção integral aos usuários, por meio de uma avaliação clínica completa, valorizando os exames complementares, assim como a estratificação do risco cardiovascular para seu seguimento adequado. Nós também garantimos que a maioria dos usuários tivesse acesso aos medicamentos fornecido pela farmácia popular, conseguimos aumentar a cobertura de atendimentos e avaliação odontológica dos usuários.

As ações propiciaram a melhora dos registros, e uma boa adesão da comunidade na UBS e ao programa de atenção ao hipertensos e diabéticos, implementamos atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, conseguindo fomentar hábitos e estilos de vida saudáveis, além da incorporação da prática de exercício físico regular entre os usuários e diminuir em alguns e em outros eliminar os fatores de riscos associados a essas doenças crônicas não transmissíveis, como tabagismo, alcoolismo e sedentarismo.

A intervenção foi um excelente espaço que promoveu o trabalho integrado revendo as atribuições da equipe. O acolhimento voltou a ser valorizado pelos profissionais como ferramenta fundamental na entrada dos usuários ao processo de avaliação.

Para a equipe, a intervenção teve grande importância já que exigiu uma capacitação adequada sobre rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento das doenças, durante a intervenção, aumentando mais ainda seus conhecimentos acerca da HAS e DM, assim como o conhecimento dos protocolos de seguimento do Ministério da Saúde para as mesmas.

Após os três meses de atividades, observam-se uma integração da equipe, do médico, técnicas de enfermagem, enfermeiro e odontologista, o que impactou na melhora do trabalho em equipe, nas atividades de acolhimento aos pacientes e nas atividades coletivas realizadas na comunidade, durante a intervenção, e ao mesmo tempo foi o principal motor propulsor para a melhora da organização do trabalho na UBS e na comunidade, tendo um impacto positivo na organização e agendamento dos usuários onde não só fazíamos atendimentos por demanda espontânea, mas

também as consultas programadas de acordo com os protocolos de atenção. A equipe passou a conhecer melhor à comunidade, suas preocupações, necessidades de saúde, e os fatores de riscos que influem negativamente na mesma, de maneira global melhoraram o trabalho da equipe com a comunidade e a inter-relação com a mesma.

Para o serviço, foi uma experiência positiva que logrou melhorar a organização, a qualidade de atendimento aos usuários, além de lograr um trabalho completamente em equipe.

Para a comunidade, a intervenção representou acesso a saúde de forma universal, gratuita, com equidade e qualidade. Foi um passo muito importante já que pela primeira vez foi realizado um trabalho deste tipo com eles. Novos conhecimentos foram incorporados aos residentes da nossa área de abrangência, principalmente sobre suas doenças, de como levar um tratamento contínuo e regular, sobre as complicações, e controle mediante exames complementares e exame clínico com a frequência que devem ser feitos, assim como incorporar na comunidade em geral hábitos e estilos de vida saudáveis.

Com a realização das atividades educativas e de promoção e prevenção em saúde, a comunidade ficou satisfeita com a intervenção e com nosso trabalho. Conseguimos avaliar e dar seguimento com qualidade as pessoas com HAS e/ou DM existentes na área. Nós não tivemos problemas durante os agendamentos e atendimentos dos usuários na UBS, além de que ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura, pôr isso continuamos incorporando nossa intervenção na rotina do trabalho da UBS. Acreditamos que a intervenção representou para a comunidade a segurança de que tem pessoas preocupando-se com a saúde do povo.

Seu eu fosse iniciar a Intervenção neste momento faria algumas ações diferente. Primeiramente discutiria com a maioria ou toda a comunidade as ações a serem desenvolvidas, a maneira de implementação das mesmas e ouviria a opinião de toda a comunidade, assim como os objetivos e a importância dessas intervenções não só para a população alvo, mas também para a comunidade de maneira geral.

Eu também explicaria o papel que tem a família como célula fundamental da comunidade e o papel que desempenha está sobre a situação de saúde do indivíduo e a comunidade. Faria diferente também a maneira de apresentar o projeto ao

gestor municipal e outros profissionais que atuam na prefeitura, demonstrando a importância da intervenção para a comunidade, a qual poderia ser ampliada a todo município.

O principal logro da intervenção foi a integração da equipe e a organização do serviço. Agora vamos continuar incorporando os objetivos da intervenção na rotina do serviço, pois temos mais experiências e estamos preparados para enfrentar melhor as dificuldades encontradas ao longo do trabalho cotidiano.

A intervenção já está incorporada na rotina do serviço, pretendemos continuar com as pesquisas e rastreamentos destas doenças na comunidade, conscientizando a comunidade sobre a importância de controle dos fatores de riscos e a prevenção das complicações.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço seriam ter a equipe completa para melhorar ainda mais a atenção a saúde, principalmente os ACS para poder investir na ampliação de cobertura das pessoas com HAS e/ou DM e continuar trabalhando para melhorar o cadastramento da comunidade.

Pretendemos implementar o programa de prevenção e controle de câncer de colo de útero e mama, como melhora de atenção à saúde da mulher, e melhorar desta mesma maneira a atenção ao pré-natal no serviço, programas que podemos levar simultaneamente sem dificuldade, já que nossa equipe tem trabalhado na área de saúde, dois médicos clínicos gerais.

Conseguimos melhorar a organização no serviço e no trabalho cotidiano, e melhoramos a união da equipe toda, e da equipe com a comunidade, assim como ampliamos a adesão da comunidade a UBS, e conseguimos incorporar estas atividades ao cotidiano do serviço, foi uma experiência positiva e produtiva para todos em geral, a equipe, os usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade toda.

5 Relatório da intervenção para gestores

A equipe da ESF 4, do município Tupanciretã, esteve envolvida na realização de um trabalho de intervenção com duração de três meses, na Atenção Primária, cuja população-alvo foram pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de 20 ou mais anos de idade residentes na nossa área de abrangência.

A escolha desse foco foi devido à relevância epidemiológica, além dos prejuízos social, econômico que essas doenças acarretam. Além disso, elas podem ser prevenidas e controladas por estratégias de cuidado na atenção primária a fim de evitar complicações, melhorar a qualidade de vida dos usuários e diminuir as internações por condições sensíveis a Atenção Primária à Saúde.

Nosso objetivo principal foi ampliar a cobertura e qualificar o atendimento desses usuários da área de abrangência da ESF. Com o apoio da gestão, da comunidade e de todos os membros da equipe conseguimos atingir inúmeras metas.

Por meio da intervenção nós conseguimos ampliar a cobertura de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes em, respectivamente, 29% e 49,7%.

Já em relação aos indicadores de qualidade, foi possível atingir 100% naqueles indicadores relacionados com a realização dos exames clínicos apropriados, a solicitação/realização de exames complementares, registros na ficha de acompanhamento bem como às orientações quanto à alimentação saudável, prática de exercícios físicos, higiene bucal e tabagismo. Além disso, por meio da intervenção conseguimos completar o mapeamento da área de saúde, o qual estava incompleto.

A intervenção foi um excelente espaço que promoveu o trabalho integrado revendo as atribuições da equipe, o acolhimento voltou a ser valorizado pelos profissionais como ferramenta fundamental na entrada dos usuários ao processo de avaliação. Para a equipe a intervenção teve grande importância já que exigiu uma capacitação adequada sobre rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento das doenças a tratar durante a intervenção, aumentando mais ainda seus conhecimentos de hipertensão e diabetes, assim como o conhecimento dos protocolos de seguimento do Ministério da Saúde. A equipe passou a conhecer melhor a comunidade, suas preocupações, necessidades de saúde, e os fatores de riscos que influem negativamente na mesma.

Para a comunidade, a intervenção representou a acessibilidade a saúde de uma forma gratuita e com equidade e qualidade, foi um passo muito importante já que pela primeira vez foi realizado um trabalho deste tipo com eles. Novos conhecimentos foram incorporados sobre suas doenças, de como levar um tratamento contínuo e regular, sobre as complicações, e controle mediante exames complementares e exame clínico com a frequência que devem ser feitos, assim como incorporar na comunidade em geral hábitos e estilos de vida saudáveis.

Com a realização das atividades educativas e de promoção e prevenção em saúde, a comunidade ficou satisfeita com a intervenção e com nosso trabalho, conseguimos avaliar e dar seguimento com qualidade a uma grande parte da população alvo existentes na área.

Tudo isso foi possível graças ao apoio da gestão, onde foi garantido o transporte para as visitas domiciliares e grupo foi garantido o material para a impressão das fichas espelhos e completar os prontuários dos pacientes que não tinham, assim como foram garantida a realização dos exames complementares para estes usuários. Como o apoio da gestão, também foi possível propiciar atendimentos especializados com cardiologistas, endocrinologistas e oftalmologistas.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço seriam ter a equipe completa para melhorar ainda mais a atenção a saúde, principalmente, os ACS, para poder investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos e continuar trabalhando para melhorar o cadastramento da comunidade.

Pretendemos implementar o programa de prevenção e controle de câncer de colo de útero e mama, como melhora de atenção à saúde da mulher, e melhorar desta mesma maneira a atenção ao pré-natal no serviço, programas que podemos levar simultaneamente sem dificuldade, já que nossa equipe tem trabalhando na área de saúde, dois médicos clínicos gerais

Outro aspecto importante fora destacar a importância de que se realizarem intervenções semelhantes para outros grupos de pacientes, pois promovem a organização do trabalho e a qualificação dos registros, permitindo assim o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe de saúde para o bem da comunidade. Se a gestão conseguisse que os ACS começassem a trabalhar, e completar a equipe de trabalho, assim como nos garantir uma recepcionista para o posto fora de muita ajuda no trabalho no dia a dia da ESF, e fora um apoio para a equipe para dar continuidade nas ações e/ou implementar outras similares.

Conseguimos melhorar a organização no serviço e no trabalho cotidiano, e melhoramos a união da equipe toda, e da equipe com a comunidade, assim como ampliamos a adesão da comunidade a UBS, e conseguimos incorporar estas atividades ao cotidiano do serviço, foi uma experiência positiva e produtiva para todos em geral, a equipe, os usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade toda.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A equipe da ESF 4 do município de Tupanciretã realizou recentemente um trabalho de intervenção que teve duração de 3 meses em conjunto com os principais líderes da comunidade e gestores do município. As ações foram direcionadas aos usuários com hipertensão e/ou diabetes de toda a área de abrangência.

Acredito que esta intervenção foi de muito importante, já que nunca foi realizado um trabalho como esse na equipe, no qual o principal objetivo foi obter mudanças favoráveis para a saúde, com intervenção em promoção da saúde e prevenção de doenças.

Por meio da intervenção, melhoramos o conhecimento da população sobre sua doença, fatores de riscos e complicações, além de ampliarmos o nível de conhecimento da equipe de saúde para o seguimento dessas doenças, para prevenir as complicações e diminuir os fatores de riscos, mediante atividades de educação em saúde. Foram envolvidos também os gestores de saúde, nossa secretária de saúde e em parte a prefeitura municipal, para a aquisição de medicamentos contra o tabagismo.

Todos as pessoas com hipertensão e diabetes tiveram direito a realização de exames complementares pelo SUS, garantido pela Secretaria de Saúde do Município, onde foram feitos exames complementares a 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados durante a intervenção toda e avaliados todos pelo médico da área. Os medicamentos que são utilizados nessas doenças foram oferecidos gratuitamente na unidade de saúde, e outros, com prescrição médica, foram comprados na farmácia popular do município.

Realizamos a avaliação do risco cardiovascular para cada pessoa que participou da intervenção, que significa o risco de uma pessoa ter algum problema do coração, fizemos a classificação para seu seguimento adequado e controle da

doença, assim como também foram encaminhados para avaliação pelo cardiologista, endocrinologista e oftalmologista aqueles que necessitavam ser avaliados.

Foram feitas atividades de orientação nutricional dos usuários nas consultas e outras atividades de educação em saúde, que tiveram a participação não apenas de pessoas com hipertensão e diabetes, mas também de seus familiares e outras pessoas da comunidade que tem o risco de desenvolver as doenças.

Nós garantimos a orientação sobre a prática regular de exercícios físicos, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal adequada, realizamos atividades na comunidade, sendo que essas ações já são incorporadas a rotina da unidade e assim poderá abranger um número ainda maior de pacientes.

A comunidade, de forma geral, não apenas os hipertensos e diabéticos, ampliaram os conhecimentos sobre hipertensão e diabetes, sobre estilo de vida saudáveis, prevenção de complicações, controle das doenças, sobre os riscos do tabagismo e o álcool e o papel de cada um na prevenção e controle destas doenças.

A intervenção não gerou problemas para os demais usuários da comunidade, pois eles foram atendidos adequadamente, o que não gerou problemas com os agendamentos na UBS.

A intervenção foi um excelente espaço que promoveu o trabalho integrado revendo as atribuições da equipe. O acolhimento voltou a ser valorizado pelos profissionais como ferramenta fundamental na entrada dos usuários ao processo de avaliação.

Para a equipe a intervenção teve grande importância já que exigiu uma capacitação adequada sobre rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento das doenças a tratar durante a intervenção, aumentando mais ainda seus conhecimentos acerca da hipertensão e diabetes, assim como o conhecimento dos protocolos de seguimento do Ministério da Saúde para as mesmas.

A equipe passou a conhecer melhor à comunidade, suas preocupações, necessidades de saúde, e os fatores de riscos que influenciam negativamente na mesma, de maneira global melhoraram o trabalho da equipe com a comunidade e a relação com a mesma.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço será ter a equipe completa para melhorar ainda mais a atenção a saúde, principalmente, os ACS, para poder investir na ampliação de cobertura das pessoas com hipertensão

e/ou diabetes e continuar trabalhando para melhorar o cadastramento da comunidade.

Para isso, a comunidade poderá nos apoiar com a participação dos líderes da comunidade nas reuniões da ESF, para que possam nos comunicar as necessidades e demandas quanto à saúde, assim como realizando a divulgação das atividades a realizar pela unidade de saúde, apoiar com os locais para a realização de grupos na comunidade, e a conscientização de familiares e pacientes da necessidade de assistir periodicamente a os postos de saúde segundo o programa de medicina da família.

Pretendemos implementar o programa de prevenção e controle de câncer de colo de útero e mama, como melhora de atenção à saúde da mulher, e melhorar desta mesma maneira a atenção ao pré-natal no serviço, programas que podemos levar simultaneamente sem dificuldade, já que nossa equipe tem trabalhando na área de saúde, dois médicos clínicos gerais.

Conseguimos melhorar a organização no serviço e no trabalho cotidiano, e melhoramos a união da equipe toda, e da equipe com a comunidade, assim como ampliamos a adesão da comunidade a UBS, e conseguimos incorporar estas atividades ao cotidiano do serviço, foi uma experiência positiva e produtiva para todos em geral, a equipe, os usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade toda.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início do curso não valorizava a importância do mesmo, na medida em que fui desenvolvendo a intervenção compreendi porque era importante para nosso trabalho de medicina de família.

Com a ajuda do curso, do trabalho de intervenção, e através das ferramentas oferecidas pela universidade e com a ajuda de nossos orientadores, nossa equipe conseguiu identificar os principais problemas de saúde da comunidade, planejar ações de intervenção e executar as mesmas na população, com as quais obtivemos resultados positivos. Conseguimos ter uma visão mais ampla para abordar os principais problemas de saúde e trabalhar, nos diferentes programas de Atenção Primária, que inicialmente, o meu foi no atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos, e que vamos ampliar para toda a comunidade em outros programas e ações programáticas. Conseguimos através do curso e do projeto de intervenção melhorar a atenção à nossa população, melhorar a organização do trabalho em equipe e no serviço.

Ao longo do curso de especialização em saúde da família, o meu desenvolvimento foi ótimo com relação às expectativas iniciais, posso afirmar que traspassei minhas expectativas. O curso de especialização e o trabalho de intervenção foram experiências muito importantes para meu trabalho aqui no Brasil e minha prática profissional, primeiramente ao longo do mesmo incorporei novos conhecimentos para minha prática profissional e pessoal, melhorei significativamente a gramática com relação à língua portuguesa, e graças a ajuda dos orientadores, incorporei os conhecimentos para desenvolver ações de intervenção na comunidade, as bibliografias oferecidas foram de muita ajuda para a abordagem de patologias, e o conhecimento dos protocolos implementados pelo

Ministério da Saúde aqui no Brasil, o curso me ofereceu as ferramentas para a organização do trabalho na comunidade, com os agendamentos, a realização dos grupos e atividades com os mesmos, e o seguimento dos pacientes de forma integral, nos ofereceu o material para realizarmos o cadastramento da população e seu seguimento adequadamente.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica-Hipertensão Arterial OU Diabetes Mellitus.No19.Brasília-DF.2013, pág. 81 (Cadernos de Atenção Básica- N.o 19, Brasília-DF, 2013c.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo C - Ficha espelho

Frente

FICHA ESPELHO

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de
Medicina Social

UFPEL

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Telefones de contato: _____ / _____ / _____

Precisa de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____

Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____

Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica ____/____/____ Estatura: ____ cm Perímetro Braquial: ____ cm

[illegible][illegible]

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS



UFPEL

[illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante